

Specialty Care Rezept und Verordnung

per Fax an 0800 711 888



Patientenangaben

Name

Vorname

Adresse

Ort

Telefonnummer

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Versicherer

Versicherungsnummer

E-Mail

Lieferung an

☐ Patientin/Patient ☐ Therapiezentrum Zürich☐ Ärztin/Arzt ☐ Sonstige Lieferadresse

Verrechnung an

☐ Patientin/Patient ☐ Krankenkasse☐ Ärztin/Arzt

Diagnose

Dienstleistung

☐ ServiceCare☐ Therapiebegleitung (durch Specialty Care Therapiezentren AG)

Therapiestart

Medikamente

Anzahl

Einnahmевorschrift

Rezept

☐ einmalig

Dauerrezept

☐ 1 Monat☐ 3 Monate☐ 6 Monate☐ 12 Monate

Einverständniserklärung (bitte mit Ärztinnen-/Arztunterschrift bestätigen)

Die **Patientin**/der **Patient** hat ausdrücklich erklärt, dass sie/er folgende Leistungen wünscht:☒ Rezeptübermittlung an Zur Rose Suisse AG☐ Therapiebegleitung durch Specialty Care Therapiezentren AG

Zur Abwicklung dieser Leistungen hat sich die Patientin/der Patient mit dem erforderlichen Austausch ihrer/seiner Daten zwischen der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt, der Zur Rose Suisse AG und ggf. der Specialty Care Therapiezentren AG ausdrücklich einverstanden erklärt. Daten werden streng vertraulich und unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen behandelt.

Der unterzeichnenden **Ärztin**/dem unterzeichnenden **Arzt** ist bekannt, dass Zur Rose Suisse AG ihren/seinen Namen sowie anonymisierte Daten über die Durchführung der Therapie zu Kontrollzwecken an die schweizerische Zulassungsinhaberin des verschriebenen Arzneimittels (oder einen von dieser benannten Dritten) weitergeben kann und stimmt der Weitergabe ihres/seines Namens zu.

☐ Die unterzeichnende Ärztin/der unterzeichnende Arzt ist mit der Weitergabe ihres/seines Namens, wie oben beschrieben, nicht einverstanden.

Datum

Unterschrift

GLN Nummer

Praxisstempel